

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu [sous pli confidentiel] doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
 Prise en charge : pec@mupras.com
 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7057 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL HAJI JAMILA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : NEFANE 7057 Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA Le : 23 FEV. 2024

Signature de l'adhérent(e) : EL HAJI JAMILA

PRAFROS/VZ/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Instructions à suivre

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par le praticien eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNOPS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il ya traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

التعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالتسبية لكل مرض وكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

يجب كتابة الإسم الكامل للشخص المعالج من طرف المارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء وأثننتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق لإثباته إلى الصندوق الوطني لمنظمات الإحتماط الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصریح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاختصاصي رهن باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

توقيع وطابع التعاقدية
Cachet et signature de la mutuelle

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاريخ الابداع :



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie

ين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

Réf ANAM 1.1.01.01

N° Bordereau :

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom :

N° Affiliation :

4141191411

N° Immatriculation

5131191791314124

N° CIN :

Lieu de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*

Cointjoint

زوج

Enfant

ابن

Adresse :

Dr. Abderrahmane et Ghafsi Recenteur
et Ghafsi B n°17 Rabat Afssal 10080

Montant des frais :

4800,00 Dhs

Nombre de pièces jointes :

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : م العائلي والشخصي :

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe* :

M ذكر

F أنثى

تعريف الطبيب المعالج

N° INP

10111011945

Dr ABDELGHANI BERNOUSSI

Ex professeur Faculté Médecine Rabat

الوطني الإستدالي للممارس :

Type de soins

Maternité*

أمراض*

Hospitalisation*

استشفاء*

Accident*

حوادث*

Pli confidentiel remis* :

Oui

Non

Date de grossesse :

16.05.21 31 31 31

Date prévue d'accouchement :

.....

Date d'hospitalisation :

.....

Date d'accident :

.....

Causes :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.

J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés ci-dessous.

Fait à : 17/02/24 حرر :

le 10/02/24 توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré(e)

أنا أصدق ما يليه من المعلومات المذكورة أعلاه.

Je déclare les informations ci-dessous exactes et vérifiables.

Fait à : 18/02/24 توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصادقة

le 18/02/24 توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصادقة

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

Description des actes effectués

وصف العمليات المعمقة

CIM-10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المدونة

Décription des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاریخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوق Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي او ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
٢٠٢٤/١١/١٨	٤٥٠٠ دج	Rue 10 N° 2 Haly Med V Signature de JEUNESSE Tél : 05 37 36 65 25
	INP : 111111111111	ABTEENI MAMOUN
	INP : 111111111111	
	INP : 111111111111	

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات : الاحياء، الاشعة والصور

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدات الطبيعية

**RELEVE DES PAIEMENTS
A L'ASSURE**

Jeudi 22 Février 2024

Exercice : 2024



Immatriculation 53979342 Affiliation 441941 Mutuelle MGPAP

Nom et Prénom MEZIANE ZOBIR

Adresse RUE ABDERRAHMANE EL GHAFIKI Ville RABAT AGDAL
RESID EL GHAFIKI B N 17

Dossier(s) liquidé(s)

N° Dossier	Date Réception	Mode Pa.	Date Pa.	Bénéficiaire	Frais Enagés	A.M.O CNOPS	MUTUELLE	Total
85832487	07/02/2024		En cours	ZOBIR	295,20	206,64	47,23	253,87
85832515	07/02/2024		En cours	ZOBIR	4 800,00	1 320,00	5,00	1 325,00
			Sous totaux :			5 095,20	1 526,64	52,23
								1 578,87

Dossier(s) soumis au contrôle

N° Dossier	Date Réception	Mode Pa.	Date Pa.	Bénéficiaire	Frais Enagés	A.M.O CNOPS	MUTUELLE	Total
85833176	07/02/2024		En cours	ZOBIR	3 388,60	2 889,90		2 889,90
			Sous totaux :			3 388,60	2 889,90	2 889,90
			Total Général :			8 483,80	4 416,54	52,23
								4 468,77

Nombre de dossiers : 3

RELEVE DES PAIEMENTS A L'ASSURE

Jeudi 22 Février 2024

Exercice : 2023



Immatriculation 53979342 Affiliation 441941 Mutuelle MGPAP

Nom et Prénom MEZIANE ZOBIR

Adresse RUE ABDERRAHMANE EL GHAFIKI
RESID EL GHAFIKI B N 17

Ville RABAT AGDAL

Dossier(s) payé(s)

N° Dossier	Date Réception	Mode Pa.	Date Pa.	Bénéficiaire	Frais Enagés	A.M.O CNOPS	MUTUELLE	Total
78768452	24/01/2023	V	21/03/2023	ZOBIR	1 510,20	590,40		590,40
78768486	24/01/2023	V	21/03/2023	ZOBIR	491,30	180,90	5,00	185,90
78768394	24/01/2023	V	04/04/2023	ZOBIR	4 769,50	3 611,50	297,60	3 909,10
81037212	23/05/2023	V	28/06/2023	ZOBIR	3 946,00	3 082,40	156,80	3 239,20
82229212	28/07/2023	V	06/09/2023	ZOBIR	890,00	533,00	99,40	632,40
83410904	10/10/2023	V	07/12/2023	ZOBIR	3 774,30	3 033,50	165,60	3 199,10
Sous totaux :					15 381,30	11 031,70	724,40	11 756,10
Total Général :					15 381,30	11 031,70	724,40	11 756,10

Nombre de dossiers : 6

total général

total général

CENTRE VISION LASER RABAT

RABAT

Reçu de caisse

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
24A241119	MEZIANE ZOBIR	24/01/2024

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		300.00
Total payé		300.00

Reçu établi par :IBTISSAM



Centre Vision Laser Rabat
Centre de la Vision et de l'Ophtalmologie
Service de Chirurgie Laser et de Recherche
Tél: 0524 37 67 22 27 Fax: 0524 37 67 47 66



PT240124110603

24 janvier 2024

Mr MEZIANE Zobir

Monture + verres correcteurs Antireflets

Vision de loin :

OD = - 2.00 (- 0.25 à 105°)

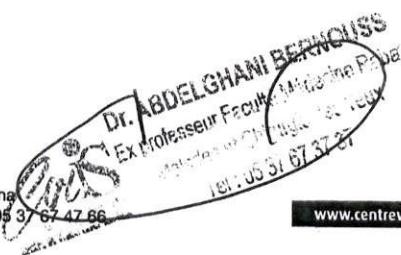
OG = - 1.50 (- 0.50 à 125°)

Vision de près :

ODG = Add : + 2.75

Optique La JEUNESSE
Rue 10 N° 12 Hay Med V
KENITRA Tel : 05 37 36 65 25

79, Résidence bellevue, angle rue 16 novembre et Avenue Ibn Sina
4^{ème} étage - appt 7 - Agdal - Rabat • Tél : 05 37 67 37 37 • Fax : 05 37 67 47 66



OPTIQUE LA JEUNESSE

<u>Client :</u> MEZIANE ZOBIR	N° : 045ASS/R/2023
	Date : 31/01/2024

Réf . Article	Désignations	Qte	Montant TTC	TOTAL TTC
OD	-2,00 (-0,25 105°)	1	1500,00	1500,00
OG	-1,50 (-0,50 125°)	1	1500,00	1500,00
	ADD +2,75			
	Progressif 1,6 HMC			
	 TITAN FLEX	1	1500,00	1500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre mille cinq cent dirhams

Total Quantité	2
Total H.T.	T.V.A 20%
3 750,00	750,00
	4 500,00

Optique La JEUNESSE
 RUE 10 N° 12 Hay Med V
 KENITRA Tel. 05 37 36 65 24